

**Über die Entstehungsursachen des
akuten Abdomens**

Basil B. Jagmohan



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555222_0129

Aus der Chirurgischen Poliklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. H. B r o n n e r

Über die Entstehungsursachen des akuten Abdomens

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

vorgelegt von

Basil B. Jagmohan

aus

British Guiana, South America



München 1959

5349/60

Referent: Professor Dr.V. Struppler

Korreferent: Professor Dr. Bronner

Dekan: Professor Dr. H. Schwiegk

Tag der mündl.Prüfung: 18.Dezember 1959

In den letzten Jahren konnte auch beim akuten Abdomens die Mortalität verringert werden. Teilweise ist dies durch die verbesserte Diagnostik, jedoch, wie sich beim Literaturstudium zeigt, auch durch die Art der Behandlung, d.h. konservatives oder chirurgisches Vorgehen bedingt. In den folgenden Untersuchungen werden die an der Chirurgischen Poliklinik München beobachteten Fälle von akuten Abdomens gesichtet und mit den in der Literatur veröffentlichten Ergebnissen verglichen.

Bei der Differentialdiagnose des akuten Abdomens werden die Fälle vom Standpunkt der einzelnen anatomischen Bauchpartien aus betrachtet. Durch Analyse des Schmerzes kann die Klärung herbeigeführt werden. Auch bei Askultation des Abdomens ist z.B. der Paralytische Ileus vom peristaltischen "Verstopfungsandrang" (Boles T. jun. und Zollinger R.M.) zu unterscheiden. Der Schmerz, der in der epigastrischen, sowie in der Periumbilicalfläche lokalisiert ist, hat keine spezifisch diagnostische Bedeutung, da diese Symptome durch Läsionen des gesamten gastrointestinalen Traktes verursacht sein können. Inwiefern dieser Schmerz als nicht-spezifisch gewertet werden kann, sieht man daran, daß in der genannten Region auch Schmerzen angegeben werden, die sowohl von den extrahepatischen Gallenwegen als von der Bauchspeicheldrüse oder dem Thorax beeinflusst worden sind. Es ist also klar, daß Schmerzen in dieser Region für sich allein noch nicht die Notwendigkeit für einen chirurgischen Eingriff darstellen. Ist er aber von ausgeprägter Empfindlichkeit und Muskelspannung begleitet, so kann die Notwendigkeit für einen chirurgischen Eingriff gegeben sein. Handelt es sich um eine fettleibige Frau mittleren Alters, bei der nach einer üppigen Mahlzeit ein akuter Zustand entsteht, so muß auch an eine akute Cholecystitis oder Pankreatitis gedacht werden.

Besonders wichtig ist bei diesen Patienten, daß das Abdomen regelmäßig in Pausen von nicht mehr als 4 Stunden untersucht wird. In vielen Fällen ist dadurch nur eine genaue Beobachtung der Krankheit möglich. Durch die Auswertung der Symptome des Patienten sowie Überwachung von Puls, Temperatur und Leukocyten wird der Zeitpunkt für den chirurgischen Eingriff bestimmt. Verändert sie die Schmerzqualität bei lokalisierter Empfindlichkeit im rechten unteren, manchmal auch rechten oberen Quadranten, so ist das die typische Warnung für eine akute Appendicitis oder akute Cholecystitis. Ansteigende Pulszahlen (über 120) sowie Leukocytose (besonders über 20 000) zeigen meist einen schweren Entzündungsprozeß mit bevorstehendem oder bereits vorliegendem Gangrän an. Auch vaskuläre Läsionen wie mesenterale Thrombose oder Infarkt bieten ein ähnliches klinisches Bild.

Genauso wenig wie in den Fällen mit epigastrischen oder Periumbilicalschmerzen hat der Schmerz im Hypogastrium einen Wert zur Erlangung einer sicheren Diagnose. Kolikartige Schmerzen in dieser Gegend, die von Blähungen begleitet sind, weisen auf ein Neoplasma des Colons hin. Bei gleichzeitiger Empfindlichkeit und Muskelsteifheit liegen entzündliche oder blutende Läsionen der Abdominalorgane vor. Besonders bei Kindern können eine Pneumonie auf der rechten Seite, sowie eine Pleuritis solche Abdominalbefunde herbeiführen, weshalb die Gefahr einer Verwechslung mit der Appendicitis besonders groß ist.

Nach Trauma zeigen Empfindlichkeit, Muskelspannung sowie der Nachweis von Flüssigkeit in der peritonealen Höhlung die Möglichkeit einer intraabdominalen Blutung an. Beim Schulterschmerz, der von einer Reizung des Mittelteils des Zwerchfells ausgeht, muß an ein perforiertes peptisches Geschwür, eine Milz- oder Leberruptur gedacht werden. Ergibt die Durchleuchtung einen positiven Befund, (Luft unter dem Zwerchfell, Spiegelbildung am Darm) so ist meist ein chirurgischer

Eingriff zur Behebung einer freien Perforation bzw. eines Ileus angezeigt. Lokalisierte Empfindlichkeit, Verlauf der Pulskurve und der Temperatur, Haemoglobinswert und die radiologischen Befunde entscheiden über das Abwarten oder sofortiges chirurgisches Handeln.

Oft sind benachbarte Krankheiten die Ursache für "appendicitisartige" akut-bedrohliche Schmerzzustände. So kann die Erkrankung einer tiefstehenden Gallenblase Zeichen oder die Perforation eines Zwölffingerdarmgeschwürs mit in den rechten Unterbauch sickerndem Mageninhalt, eine Erkrankung des rechten Unterbauches vortäuschen. Die vom Steinleiden des rechten Ureters und die von den weiblichen Genitalien ausgehenden rechtsseitigen Unterbauchsbeschwerden sollen noch kurz erwähnt werden, da der akute Schmerzanfall oft zum sofortigen Eingriff (meist unter der Diagnose "Akute Appendicitis") führt. Ebenfalls können intraabdominale Entzündungsherde infolge von Infektionskrankheiten mit Fieber und Leukocytose als akutes Abdomen angesehen werden und deswegen zur Laparotomie führen. Ein echter Situs inversus der Bauchorgane ist selten.

Die Appendicitis bei Säuglingen und Kleinkindern scheint, besonders in ihren schweren Formen mit Perforation und Peritonitis, in den letzten Jahren zuzunehmen (Zenker).

Während der Schwangerschaft auftretende rechtsseitige Unterbauchschmerzen verursachen ebenfalls große differential-diagnostische Schwierigkeiten. Wenn eine Appendicitis in den ersten 7 1/2 Monaten entsteht, ist die Appendektomie in der üblichen Weise durchzuführen. Eine Appendicitis acuta im letzten Monat der Schwangerschaft und unter der Geburt verlangt die transperitoneale Schnittentbindung mit sofortiger Appendektomie. Die diagnostische Klärung der Verhältnisse ist für die Schwangere von allergrößter Wichtigkeit, denn die Sterblichkeit bei Appendicitis in der Schwangerschaft beträgt 20-70% (Potter). Nach Meiling sterben 27 %

der Mütter und in 26-34 % kommt es zu einem Abort bzw. zur Totgeburt.

Anorexie und Nausea mit geringem Erbrechen geben wenig Aufschluß über entzündliche Intraabdominalläsionen. Ferner ist daran zu denken, daß diese Symptome mit epigastrischem Schmerz die Folge akuter Verdauungsstörungen sein können, jedoch zeigt sich oft im weiteren Verlauf, daß ein Myocardinfarkt vorgelegen hat.

Kontinuierliches Erbrechen, gewöhnlich mit Galle, weist entweder auf eine akute Pankreatitis, eine Gallenkolik oder auf einen Ileus hin. Bei Blähungen allein ist der Unterschied zwischen Verstopfung und paralytischem Ileus ohne Röntgenkontrolle recht schwierig.

Als eine wichtige Sofortmaßnahme hat sich bei allen unklaren akuten Baucherkrankungen das sofortige Einführen einer dünnen Magensonde (bei Appendicitis oder Ureterstein) und das Absaugen des Mageninhalts als günstig erwiesen, da bei etwa 2/3 aller akuten Baucherkrankungen eine Magenatonie besteht.

Bei der akuten Pankreatitis ist der schneidende Schmerz in der linken epigastrischen Gegend charakteristisch, der ferner in die linke Brustseite und Flanke ausstrahlt. In ungefähr 80 % aller Fälle kommen Nausea und Erbrechen dazu; Gelbsucht bei 25 %. Hierbei kann sie die Folge einer Einengung des Ductus durch den geschwollenen Kopf des Pankreas oder sogar einer Hepatitis sein.

Als Kardinalsymptom der Peritonitis bezeichnet man aufgetriebenes, druckschmerzhaftes Abdomen mit diffuser brettharter Bauchdeckenspannung. Bei schweren Fällen kann es zu einer toxisch infektiösen Nephritis kommen, die zu einer Herabsetzung der Harnsekretion führt, welche die meist schon schlechten Kreislaufverhältnisse weiter beeinträchtigt. Im weiteren Verlauf

kommt es unter Zunahme der genannten Symptome und durch Erbrechen braunschwarzer Massen zu allen Zeichen des schwersten Kreislaufkollapses mit seinen deletären Folgen.

Die Bestimmung der Blutamylase soll regelmäßig bei Tag oder Nacht vorgenommen werden und kann als wichtiger Befund gegenüber der Leukocytenzählung angesehen werden. Abdomenübersichtsbilder in horizontaler und vertikaler Projektion geben oft wertvolle Aufschlüsse. Die Gasverteilung in ihm verdient genaue Untersuchung. Es ist aber zuweilen unmöglich, allein auf der Basis der Röntgenstrahlen zu entscheiden, ob es sich um eine mechanische Darmverstopfung oder um paralytischen Ileus handelt.

Die Diagnose wird sich deshalb meist auf die Vorgeschichte, das meist schon zu Beginn vorhandene Erbrechen und besonders auf die typische Bauchdeckenspannung und die diffuse Druckschmerzhaftigkeit stützen. Leicht wird die Diagnose, wenn die bei der Perforation des Magen-Darm-Kanals in die Bauchhöhle ausgetretene Luft zum Verschwinden oder zur Verkleinerung der Leberdämpfung geführt hat. Dieses entstandene Pneumoperitoneum ist röntgenologisch an der subphrenischen Luftsichel deutlich sichtbar.

Die Differentialdiagnose befaßt sich in erster Linie mit Erkrankungen außerhalb der Bauchhöhle, die eine Bauchfellentzündung vorzutäuschen in der Lage sind. So kann, wie schon erwähnt, eine Angina pectoris, eine akute Herzinsuffizienz, eine Pneumonie oder eine basale Pleuritis zu heftigen Schmerzen, die ins Abdomen ausstrahlen und auch zu einer beträchtlichen Bauchdeckenspannung führen, so daß man leicht geneigt sein könnte, eine Peritonitis anzunehmen, eine Fehldiagnose herbeiführen. Bei kleinen Kindern, bei denen die Differentialdiagnose oft noch schwieriger ist, bringt eine Röntgenuntersuchung des Thorax oft die Klärung

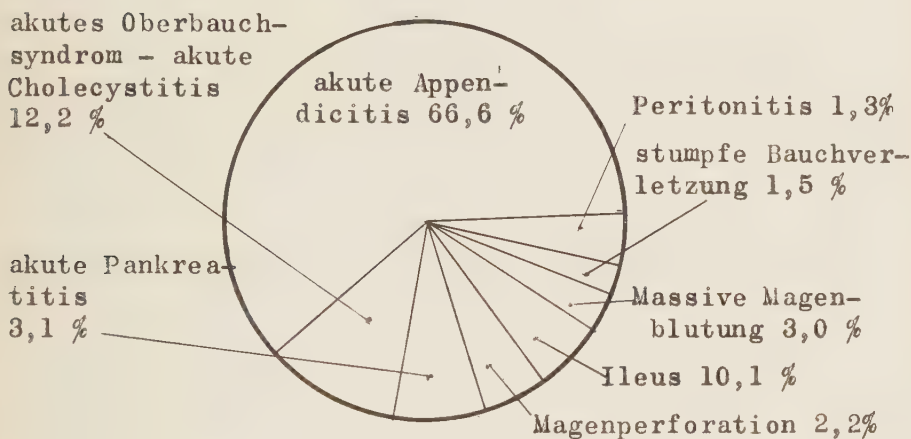
über eine Pneumonie. Auch eine Nierensteinkolik mit Schmerzausstrahlung in Genitale, stärkstem Druckschmerz in der Nierengegend und dem Nachweis von Erythrocyten im Harn können eine Bauchfellentzündung vortäuschen. Wichtig ist, daß eine Operation möglichst nicht vor Ausgleich eines bestehenden Schocks oder einer noch so geringfügigen Kreislaufdepression durchgeführt wird. Die hauptsächliche Ursache für den Schock im akuten Bauchfell liegt im Verlust von Blut bzw. Plasma und elektrolythaltigen Körpersäften. Den Blut- oder Flüssigkeitsverlust kann man nur zum geringsten Teil messen; meistens muß man auf Schätzungen zurückgreifen.

Bei lokalisierter Peritonitis scheinen operative und konservative Behandlung ungefähr dieselben Erfolge zu haben. Eine sofortige Operation ist bei allen Patienten angezeigt, die für eine Operation als genügend widerstandsfähig beurteilt werden.

Häufigkeit der akuten chirurgischen Baucherkrankungen

Chirurgische Universitätsklinik Marburg an der Lahn

1948 - 1953



Alle diese Erkrankungen - sowie Bauchverletzungen - können dem akuten Oberbauchsyndrom zugrunde liegen. Außerdem kommt eine kleine Gruppe seltener Baucherkrankungen akuter Natur hinzu. Zu den größten Ausnahmen an einer chirurgischen Klinik zählen akute Abdominal-Zustände, die durch interne Erkrankungen wie Pneumonie, Pleuritis, Angina pectoris oder Aortenaneurysma hervorgerufen werden, während Erkrankungen der Harnorgane und der weiblichen Genitalien stets in Erwägung gezogen werden müssen.

Die diffuse Peritonitis bei akuten Baucherkrankungen, der man früher oft machtlos gegenüberstand, ist heute in den meisten Fällen zu beherrschen, während die Mortalität bei der Peritonitis infolge Perforation des Appendix in den Jahren 1948/51 noch etwa 7,5 % betrug;

in den letzten zwei Jahren hingegen hat man hier keinen Todesfall mehr festgestellt; dieses letzte Ergebnis ist wohl hauptsächlich auf die gezielte, intensive, antibiotische Behandlung zurückzuführen.

Sehr bedeutungsvoll ist auch der Rückgang der Sterblichkeit nach freier Magenperforation. Schon in Mannheim (Zenker) konnte die Mortalität nach vorwiegend einfacher Übernähung der Perforationsöffnung auf 2,5 % (= 1,8%) gesenkt werden, während sie in den Jahren 1943/47 noch 24,6 % (= 8,6%) betrug. In Marburg ist in den letzten 3 Jahren kein Todesfall als Folge einer Peritonitis nach Appendixperforation festgestellt worden; ihre Mortalität war in den Jahren 1951/53 noch verhältnismäßig hoch. Als Todesursachen wurden festgestellt: Zweimal Blutung aus einem Geschwür, einmal Nekrose nach Pankreasresektion, einmal doppelseitige Pneumonie, einmal "Sekundenherztod" bei schwerer Coronarsklerose und einmal ein unerkannter Strangulationsileus. Die Zahl der Fälle von akuter Pankreasnekrose nimmt in Marburg seit 1948 (Zenker) erheblich zu; dabei liegt die Mortalität der konservativ behandelten Fälle von akuter Pankreatitis während der letzten 10 Jahre unter 3 %. Beim Ileus sank die Gesamtmortalität in den letzten 2 Jahren von 22% auf 10%, ein Ergebnis, das durch ein rechtzeitiges operatives Eingreifen, sowie eine Behandlung der Flüssigkeits- und Elektrolytverluste bedingt ist.

Die einer massiven Magenblutung zugrunde liegende Krankheit wird anfangs oft nicht erkannt. Als Blutungsquelle ließ sich bei ca. 2/5 der Fälle der Kliniken in Marburg anamnestisch, röntgenologisch oder durch die Operation ein callöses Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür nachweisen. Zu 10 % lag eine Gastritis vor. Zu 15% war die Ursache der Blutung ein Magencarcinom; nur 5% der Blutungen waren auf Oesophagusvarizen, auf dem Boden einer portalen Hypertension, zurückzuführen. Die Prognose einer massiven Magenblutung ist

im wesentlichen von der Art des Grundleidens abhängig. Beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür und bei der Gastritis steht die Blutung manchmal schon bei konservativen Maßnahmen.

Bei einer kryptogenetischen oder der metastasischen Peritonitis ist kaum ein Erfolg von der Operation zu erwarten.

Auf Grund dieser unbefriedigenden Möglichkeiten, die eine operative Behandlung der Peritonitis bietet, ist es verständlich, daß auch keimtötende Medikamente bei der Therapie der eitrigen Bauchfellentzündung herangezogen werden (Spülung der Bauchhöhle mit Antibiotika der Sulfonamiden).

Lehmann und Parker hielten 1938 Umschau über 1069 Fälle akuter Appendicitis im Universitäts-Krankenhaus von Virginia während der fünfjährigen Periode 1933-1937. Sie machten eine ausführliche Analyse aller Fälle mit lokalisierter Peritonitis. Sie kamen zu dem Schluß, daß bessere Resultate bei lokalisierter Peritonitis durch konservative als durch sofortige operative Behandlung erhalten worden waren. Bei einer Übersicht über alle akuten Appendicitisfälle von 1943/48 ergab sich eine wesentliche Abnahme in der Mortalität gegenüber 1950. Diese Abnahme in der Mortalität wurde teilweise dem Gebrauch der Antibiotika zugeschrieben.

Man teilte die Fälle in 3 Kategorien:

1. einfache akute Appendicitis
2. Appendicitis mit Abscess
3. Appendicitis mit diffuser Peritonitis.

Die Analyse umfaßt alle während der 6 Jahre 1943/48 im Universitätskrankenhaus von Virginia behandelten Fälle akuter Appendicitis, im ganzen 1003 Fälle. Darin enthalten sind nur jene Fälle, von welchen der Pathologe

nach Appendektomie sagte, daß sie mikroskopische Veränderungen akuter Krankheit zeigten, oder, wenn der Wurmfortsatz nicht entfernt worden war, ein klinisches Bild zeigten, worauf eine positive Diagnose ohne vernünftigen Zweifel begründet werden konnte. Hier sind die Fälle von 1933/37 mit jenen von 1943/48 verglichen.

	Einfache Append.	verunreinigte Perit. Fälle	lokalisierte Periton.	Diffus. Perit.	Summe
1933/37	829(77,5%)	-	181(17%)	59(5,5%)	1069
Mortalit.	2(0,24%)	-	9(5%)	24(40%)	35(3,27%)
1943/48	728(72,5%)	85(8,4%)	110(11%)	80(7,9%)	1003
Mortalit.	2(0,24%)	-	-	6(7,5%)	8(0,8%)

Das relative Vorkommen lokalisierter Peritonitis ist also in den erstgenannten 6 Jahren viel häufiger als in den nachgenannten 6 Jahren, bei diffuser Peritonitis ergibt ein Vergleich der beiden verschiedenen Zeiträume das genau entgegengesetzte Bild.

Verteilung aller Fälle auf Altersstufen zusammen mit der Mortalität für jedes Lebensjahrzehnt zeigt, daß die Mortalität im 5., 6. und 7. Jahrzehnt größer ist. (Daß über dem Alter von 70 Jahren Todesfälle nicht gemeldet sind, ist wegen der geringen Zahl so alter Patienten nicht von Bedeutung. Dagegen ist beachtenswert, daß kein Todesfall in der großen Gruppe von Kindern bis einschließlich 10 Jahren vorliegt.

Seltenere akute Abdominalfälle: Oxyuriasis und Ascariasis verursachen oft heftigste rechtsseitige Unterbauchschmerzen. Von den entzündlichen Krankheiten des

rechten Unterbauches gehören hierher noch die Tuberkulose der Ileoceocalgegend, die Ileitis terminalis mit starker Neigung zu fortschreitender Entzündung, Perforationen und Fistelbildungen, die rechtsseitige Colitis ulcerosa, Typhusgeschwüre und Perforation in der Ileoceocalgegend. Dysenterie, Invagination, die Entzündung im Divertrikel des Dünndarms, die akute Entzündung einer Appendixepiploica.

Bei Leukocytose und Linksverschiebung und bestehender Hypothermie ergeben sich oft schwierige differentialdiagnostische Probleme, namentlich dann, wenn eine Bauchdeckenspannung besteht (Ileusperforation), bei der akuten Pankreatitis soll man zurückhaltend sein, um bei einer etwaigen konsekutiven Operation nicht eine Enttäuschung zu erleben (Pseudoperitonitis nach Boller).

Die Häufigkeit der Bauchsymptome im Koma ist groß; etwa 60 % der Fälle von diabetischem Koma bieten solche Symptome. Die Ursache dieser Epigastralgie im Poäkoma ist nicht geklärt.

Über die Entstehungsursachen des akuten Abdomens
Untersuchungen an 268 Fällen der Chirurgischen Poliklinik
der Universität München aus den Jahren 1951 - 1956

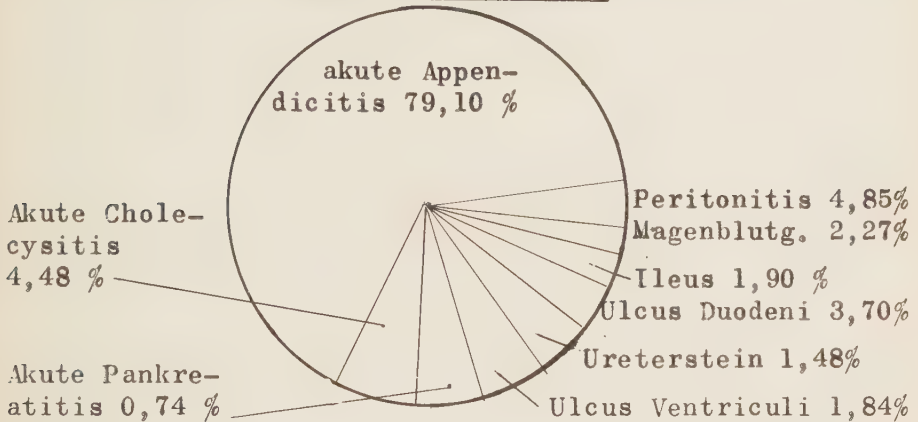
Fälle	1951		1952		1953		1954		1955		1956	
	Fäl.	%	Fäl.	%	Fäl.	%	Fäl.	%	Fäl.	%	Fäl.	%
Akute Appendicitis	26	76,70	27	71,00	30	70,00	34	77,00	58	90,62	37	82,22
Perf. Append. u. Peritonitis	2	5,83	1	2,66	1	2,30	3	6,90	4	6,26	2	4,45
Akute Cholecystitis	2	5,83	4	10,54	1	2,30	2	4,60	1	1,56	2	4,45
Ulcus duodeni	2	5,82	2	5,26	2	4,62	3	6,90	-	-	1	2,22
Ileus	-	-	2	5,26	2	4,62	-	-	-	-	1	2,22
Magenblutung	-	-	1	2,64	3	6,92	-	-	1	1,56	1	2,22
Akute Pankreatitis	-	-	-	-	1	2,32	-	-	-	-	1	2,22
Ureterstein	2	5,82	1	2,64	1	2,32	-	-	-	-	-	-
Ulcus ventriculi	-	-	-	-	2	4,60	2	4,60	-	-	-	-
Gesamtfälle pro Jahr:	34	100,00	38	100,00	43	100,00	44	100,00	46	100,00	45	100,00

Universitäts-Klinik München

Prozentual-Statistik

Akute Bauchfälle in 6 Jahren: 1951 - 1956

268 Fälle insgesamt



Fälle von 1951 - 1956	Anzahl in 6 Jahren	Prozentual
Akute Appendicitis	212	79,10
Perfor. Appendicitis u. Perit.	13	4,85
Akute Cholecystitis	12	4,48
Ulcus duodeni	10	3,70
Ileus	5	1,90
Akute Magenblutung	6	2,27
Akute Pankreatitis	2	0,74
Ureterstein	4	1,48
Ulcus ventriculi	4	1,48
Insgesamt:	268	100,00

Eine Gegenüberstellung der Universitäten Marburg und München zeigt:

Fälle	Anzahl d. Fälle in München	München 1951-56	Marburg 1948-53
Akute Appendicitis	212	79,10 %	66,6 %
Akute Cholecystitis	12	4,48 %	12,2 %
Ileus	5	1,90 %	10,1 %
Magenblutung	6	2,27 %	3,0 %
Pankreatitis	2	0,74 %	3,1 %
Peritonitis	13	4,85 %	3,6 %

In der Chirurgischen Poliklinik München verteilte sich die akute Appendicitis während der sechs Jahre, 1951 - 1956,

auf Frauen mit der Anzahl von 91 auf 39,9 %,

auf Männer mit der Anzahl von 83 auf 36,4 %,

auf Kinder mit der Anzahl von 54 auf 23,68%.

Der Heilungsverlauf dauert etwa 8-14 Tage nach der Operation.

Die kohlehydrat- und schlackenreiche Ernährung in Kriegs- und Notzeiten, auch in Gefangenenlagern, verminderte die Anfälligkeit für Appendicitis, während bei eiweiß- und fettreicher Nahrung häufiger akute Wurmfortsatzentzündungen auftreten.

Vor einigen Jahren gab es eine Reihe von Fällen akuter Peritonitis, wobei die Patienten - man hatte sie sofort operiert - eine Mortalität von 35 % zeigten. Bei Patienten, bei denen man eine Operation verschoben

oder unterlassen hatte , betrug die Mortalität dagegen nur 5 %, jedoch ist diese geringe Zahl sicherlich durch das verschiedene Krankengut bedingt.

Bockus berichtete in einer Mitteilung (1956), daß die Gesamtmortalität in 8 Fällen von Laparotomie während der akuten Phase von 4,3 % auf 37 % stieg. O'Brien und Thayer hatten eine anfängliche Mortalität von 8 % in 108 behandelten Fällen bei konservativer Behandlung. Im weiteren Verlauf ergab sich eine Gesamtmortalität von 13 %. (26 von diesen Patienten hatten weitere Rückfälle.)

Die Mortalitätszahl nach McGrew zwischen den Jahren 1938-1947 mit 0,64 % in 1411 Fällen von Appendicitis im Henry-Ford-Krankenhaus, wovon nur 2% konservativ behandelt worden sind, hatte in den letzten 5 Jahren überhaupt keine Todesfälle.

Zininger legt den Nachdruck auf die Wichtigkeit sofortigen chirurgischen Eingriffes. Andererseits aber legt Schulz, der über Fälle von perforierter Appendicitis am Milwaukeeer Kinderkrankenhaus berichtet, Nachdruck auf die Bedeutung einer konservativen Behandlung von den Fällen mit offensichtlicher Perforation. Denselben Standpunkt vertritt auch Thieme. Er hatte 1042 Fälle eitriger Appendicitis vom St. Josefs Mercy Krankenhaus in Ann Arbor, Michigan, 1936/44 analysiert; die Mortalität betrug hier nur 2,6 % in den ersten 5 Jahren und 1,1 % in den übrigen Jahren dieser Zeitspanne. Die konservative Behandlung bezeichnet man aber dennoch als nur eine zweitrangige Ursache für die Abnahme der Mortalität. Da die konservative Therapie den Wurmfortsatz nicht entfernt, bleibt dieser als eine potentielle Quelle künftiger Abdomenfälle bestehen.

Die Prognose der Peritonitis infolge von Darmgeschwüren muß als infaust bezeichnet werden. Bei Typhus abdominalis kommt es in 2-3 % der Fälle zur Perforation, die meist in der dritten Krankheitswoche erfolgt. Für

eine Perforation bei Dysenterie legt Holler eine Statistik aus dem Jahre 1940 vor, die in Polen bei 4556 Ruhrkranken 15 Todesfälle beobachtet. Bei beiden Krankheiten folgt nicht selten der einen Perforation eine zweite und dritte. Die Therapie besteht nur in einer Übernähung der Perforationsstelle.

Eine interessante Vergleichsmöglichkeit für diese Verschiebung zu Ungunsten des männlichen Geschlechts bietet die folgende Tabelle.

Autor u. Jahreszahl		Männer	Frauen	Zahl d. Frauen in %
F. Brunner	1905	142	281	66,4
Shoemaker	1915	115	123	52
Brütt	1925	135	30	18
Kunz	1937	450	27	5,6

Andere Statistiken beantworten die Frage nach dem Lebensalter, in dem der Durchbruch eines Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs am häufigsten vorkommt, und nennen das 4.-6. Lebensjahrzehnt, schließen allerdings die Möglichkeit eines Durchbruchs vor dem 20. Lebensjahr nicht aus und weisen darauf hin, daß ein Durchbruch vor dem 30. und nach dem 50. Lebensjahr durchaus nicht selten vorkommt.

Über die Häufigkeit des Durchbruches weist Kunz auf die Untersuchungen von W. Stepp hin, die besagen, daß etwa 10 % aller Fälle von Ulcus ventriculi und duodeni zur Perforation führen.

Die Prognose der Pneumokokkenperitonitis, die fast ausschließlich Mädchen im Kindesalter befällt, ist ebenfalls sehr ernst. Im allgemeinen liegt die Sterblichkeit bei etwa 50 %. Candolins errechnet bei 97 Fällen 58%. Dieses relativ günstige Ergebnis wird auf die grundsätzliche Vermeidung der Frühoperation zu-

rückgeführt, weshalb Jonas bei 59 Fällen der Jahre 1928-1938 nur eine Sterblichkeit von 38,9 % errechnete.

Obwohl also die akuten Abdominal-Fälle noch immer zu jenen Krankheitsbildern zählen, bei denen die Diagnose in besonderen Fällen sehr schwer sein kann, ist die Mortalität gegenüber früheren Jahrzehnten gesenkt worden.

Nach dem Literatur-Studium hat man den Eindruck, daß besonders bei der Appendicitis, teilweise auch Peritonitis die Entscheidung, ob ein konservatives oder chirurgisches Vorgehen günstiger ist, noch aussteht. Bei Vergleich der Ergebnisse der wegen akuter Abdomens an der Chirurgischen Poliklinik München behandelten Fälle mit der Literatur zeigt sich, daß die akute Appendicitis an der Universität Marburg mit 66,6 % der gesamten Fälle an der Spitze steht, während sie in den Vereinigten Staaten 77,5 % und an der Chirurgischen Poliklinik München 79,1 % beträgt. Die Fälle mit Cholecystitis acuta liegen an der Chirurgischen Klinik Marburg mit 12,2 % dreimal höher als an der Chirurgischen Poliklinik mit 4,48 %; bei der Magenblutung ist die Zahl der Fälle an der Chirurgischen Universitäts-Klinik Marburg mit 3,0 % und der Chirurgischen Poliklinik München mit 2,27 % etwa gleich. Bei der Peritonitis zeigt die Chirurgische Poliklinik München mit 4,85 % einen etwas höheren Wert als die Chirurgische Klinik Marburg mit 3,6 %. Dagegen ist das Verhältnis beim Ileus (10,1% in Marburg gegen 1,9% in München) und bei der Pankreatitis (Marburg 3,1% gegen Chirurgische Poliklinik München 0,74 %) in Marburg bedeutend höher. Sicherlich spielt hierbei das verschiedene Krankengut eine nicht geringe Rolle, weshalb durch diese Vergleiche nicht zu entscheiden ist, welche therapeutischen Maßnahmen bei den

verschiedenen Erkrankungen des "akuten Abdomens" zu ergreifen sind.

— . — . — . —

Am Schluß meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. V. S t r u p p l e r für die freundliche Überlassung des Themas und Übernahme des Referats zu danken.

Auch bin ich Herrn Professor Dr. H. B r o n n e r für die Übernahme des Korreferats zu besonderem Dank verpflichtet.

Literaturnachweis

1. Boller, B.: Diabetes Melitus
Verlag Urban & Schwarzenberg,
Wien 1950
2. Boles Thomas jun.
und Zollinger R.M.: Das akute Abdomen.
The Medical Clinics of North
America. Verlag Saunders W.B.
Company, Philadelphia, North
America 1956
3. Conn G.F.: Current Therapie.
Verlag Saunders W.B. Company,
Philadelphia und London 1956
4. Gibbon J.H. jun.: Transactions of the American
Surgical Association. Volume
LXVIII.
Das akute Appendicitis III
Verlag Lippincott J.B. Company
1950
5. Kunz H.: Das akute Abdomen.
Verlag Urban & Schwarzenberg,
Wien 1948
6. Zenker R. und
Hamelmann H.: Akute - bedrohliche Erkrankun-
gen im Bereich der Bauchhöhle
(Akutes Abdomen).
Langenbeck's Arch. u. Deutsch.
Zeitschr. f. Chir. 279, 630-656,
1954

Lebenslauf

Ich wurde am 10.9.1929 als dritter Sohn des Reisfabrikanten Jagmohan in No.19, Corentyne Berbice, British-Guayana, Südamerika, geboren.

Ich besuchte die Volksschule in meinem Heimatort. Nach Abschluß derselben war ich 4 Jahre auf der "Berbice High School" in New Amsterdam. Dann arbeitete ich 2 Jahre lang als Volksschullehrer in meiner Heimat. Im Sommer 1949 fuhr ich nach den USA, um Medizin zu studieren. Ich verbrachte 4 Jahre, und zwar von 1949 bis 1953, an dem "Sterling College, Sterling Kansas, wo ich den Titel eines Bachelor of Science Degree erwarb. Danach setzte ich meine Studien fort an der University of Denver, Denver Colorado.

Im Wintersemester 1953/54 kam ich nach München, um hier weiter zu studieren und legte nach dem Sommersemester 1955 das Physicum ab. Die klinischen Semester verbrachte ich ebenfalls in München.

Basil B. Jagmohan

